

Kemopreventiva raka dojke: obe plati medalje

Jožica Červek

Rak dojke je najpogostejši ženski rak v razvitem svetu in tudi v Sloveniji. Breme raka dojke zaradi večanja vpliva nevarnostnih dejavnikov in staranja prebivalstva strmo narašča. Incidenca se s starostjo povečuje in največ žensk zboli po 50. letu starosti.

Zaradi vse večjega deleža rakov, odkritih v omejenem stadiju (zgodnje odkrivanje), in napredka v zdravljenju raka dojke se je preživetje bolnic izboljšalo. Kljub temu pa ostaja rak dojke pri ženskah na prvem mestu med vzroki smrti zaradi raka. V Sloveniji umre vsako leto za njim približno 400 žensk.

Zaradi vse večjega bremena raka dojke se intenzivno iščejo ne le novi in učinkoviti načini zgodnjega odkrivanja, ampak tudi možnosti njegovega preprečevanja. Po desetletju strokovnih laboratorijskih in kliničnih raziskav razpolagamo danes z naslednjimi možnostmi preprečevanja raka dojke:

- kemopreventiva s tamoksifenom in klinične raziskave z učinkovinami z večjo selektivnostjo in manjšimi neželenimi učinki (v kliničnih raziskavah),
- profilaktična mastektomija pri genski obremenitvi (družinski rak) in
- profilaktična odstranitev jajčnikov.

O ugotovitvah kliničnih raziskav je poročal J. Žgajnar v članku z naslovom »Kemopreventiva raka dojk«, ki je bil objavljen v Onkologiji spomladi 2001. V isti številki je M. Zwitter objavil prispevek »Kemopreventiva raka dojke: druga plat medalje«, v katerem izraža svoje pomisleke glede utemeljenosti medicinskega poseganja v življenje zdravih žensk s kemopreventivo.

Z ozirom na hudo breme raka dojke in veliko število bolnic z neozdravljivo boleznijo in veliko število smrti zaradi raka dojke, ki jih srečujem, ne morem mimo dejstva, da je Zwitterova razlaga klinične raziskave NSABP1 površna in delno netočna, kar lahko nepoučenega bralca zavede.

M. Zwitter v svojem sestavku dosledno navaja, da so bile v klinično raziskavo NSABP1 vključene zdrave ženske. Res so bile vključene zdrave ženske, ki pa so se od žensk, ki v raziskavo niso bile vključene, razlikovale po tem, da so imele objektivno in računsko ugotovljeno visoko tveganje, da bodo zbolele za rakom dojke. Stopnja tveganja je bila izračunana po Gailovem modelu, ki predvideva riziko raka za vsako posamezno bolnico, upošteva pa: starost ženske, starost ob menarhi, starost ob prvem porodu, število biopsij dojke in prisotnost atipične hiperplazije. Gailov model napove absolutno tveganje za žensko v naslednjih petih letih v primerjavi s skupino bolnic iste starosti brez naštetih

dejavnikov tveganja. Objektivnost in zanesljivost Gailovega modela je navedena študija brez dvoma potrdila.

Tudi sopojavom kemopreventive s tamoksifenom je bila namenjena dovolj velika pozornost in skrb. Ugotovitve neželenih učinkov v NSABP1 nam posredujejo dobra navodila za izbiro bolnic za kemopreventivo s tamoksifenom. Rak endometrija se je pojavil skoraj izključno pri ženskah, ki so imele predhodno nadomestno hormonsko zdravljenje, in pri ženskah s prekomerno telesno težo. V podskupini žensk, ki niso nikoli imele nadomestnega hormonskega zdravljenja, rak endometrija ob jemanju tamoksifena ni bil pogostejši. Navedena klinična raziskava tudi jasno opozarja, da bolnice, ki so kdajkoli prebolele globoko vensko trombozo ali pljučno embolijo, za kemopreventivo niso primerne. Nadomestno hormonsko zdravljenje ima bistveno večja populacija žensk kot kemopreventivo, ki povzroča večje tveganje za tromboembolične bolezni in rak endometrija.

Ob neželenih stranskih učinkih tamoksifena pa ne smemo spregledati njegovega ugodnega učinka na gostoto kosti in ugodnega učinka na zmanjšano pojavljanje koronarne bolezni.

Uporaba kemopreventive s tamoksifenom (ali kakšnim drugim selektivnim oblikovalcem estrogenskih receptorjev) je strokovno zelo zahtevna odločitev, za katero se lahko odloči samo tim usposobljenih strokovnjakov. Taka ženska mora biti tudi pod stalnim nadzorom, dobro podučena, da ne bo živela v občutku lažne varnosti. V deželah, kjer ni zdravstvenih predpisov in strokovne pristojnosti posameznih zdravnikov niso zakonsko opredeljene in kjer ni strokovnega nadzora, se ne pokažejo samo dodatne slabosti, ampak kemopreventiva predstavlja hudo nevarnost (takšno, kot jo v svojem sestavku opisuje M. Zwitter).

V klinično raziskavo NSABP1 je bilo vloženo ogromno dela, sama raziskava pa je temeljila na velikem strokovnem znanju številnih strokovnjakov in ni bila namenjena koristim proizvajalcev zdravil. Na podlagi ugodnih izsledkov te ameriške raziskave je bil tamoksifen ob koncu leta 1998 v ZDA registriran kot zdravilo za preprečevanje raka dojke pri ženskah z *večjim tveganjem zbolevanja*.

Strinjam se z mnenjem M. Zwittera, da je na področju kemopreventive raka dojke še veliko neznank, zato naj se kemopreventiva opravlja samo v okviru kliničnih raziskav, saj brez njih tudi še po desetletjih ne bomo mogli sklepati o možnosti preprečevanja raka dojke.

Preprečevanje raka dojke zahteva sodelovanje izkušenih specialistov različnih strokovnih usposobljenosti in lahko

poteka samo v ustanovah, kjer takšno sodelovanje obstaja. Samo s takim načinom dela je možno še nadalje vplivati na zmanjšanje umrljivosti zaradi raka dojke. Multidisciplinaren

in multiprofesionalen pristop je edini porok za uspeh, napredek in varnost žensk.

